

Avis de délégation

Nom/Prénom	
Rue/n°	
NPA/lieu	
Date de naissance	
N° d'assuré/e	

a été adressé/e à un confrère ou à une consœur sur ma prescription

Date de la délégation à un confrère ou à une consœur	
Délégation à	
Durée de la délégation	

la délégation à un confrère ou à une consœur ne s'est **pas** faite sur ma prescription

j'ai connaissance du traitement et suis d'accord avec la prise en charge des coûts

n'est pas mon/ma patient/e

Remarques		
<input type="text"/>	Lieu / Date	Timbre / Signature du médecin/de la médecin
	<input type="text"/>	<input type="text"/>